143

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dutraitementchir0027unse

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 janvier 1910, à 1 heure

Par **Paul LEHUCHER**

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Interne de l'hôpital civil français de Tunis

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS ET INFLAMMATOIRES DU RECTUM PAR LE PROCÉDÉ DE BRAQUEHAYE

Président : M. DELBET, *professeur.*

Juges : MM. SEGOND et HARTMANN, *professeurs.*
OMBRÉDANNE, *agrégé.*

PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27
1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LÉGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Humble hommage de ma profonde reconnaissance et de ma respectueuse affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE

JULES BRAQUEHAYE

Chirurgien titulaire de l'Hôpital Civil Français de Tunis.

Mon cher Maître,

Profondément touché par la façon si bienveillante dont vous m'avez accueilli à l'hôpital de Tunis d'abord, dans votre service ensuite, je tiens à vous exprimer ici mes sentiments de vive reconnaissance.

Si ce modeste travail a quelque mérite c'est à vous qu'il le doit, puisque après en avoir inspiré le sujet, vous avez bien voulu guider mes faibles efforts.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

M. LE DOCTEUR CERNÉ

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Rouen

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

Médecin des Enfants-Malades

M. LE DOCTEUR BABINSKI

Médecin de la Pitié

M. LE PROFESSEUR BAR

Professeur de clinique obstétricale

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRINDEAU

Accoucheur des hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

Chirurgien des hôpitaux

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS

M. LE DOCTEUR LEMANSKI

Médecin titulaire de l'Hôpital Civil Français

M. LE DOCTEUR A. BRUCH

Médecin titulaire de la Maternité et du Service des Enfants, à l'Hôpital Civil Français

M. LE DOCTEUR POROT

Médecin titulaire de l'Hôpital Civil Français

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

INTRODUCTION

Limitation du sujet

Jusqu'à ces dernières années, il n'existait pas de traitement radical que l'on pût opposer aux graves et pénibles affections que constituent les rétrécissements du rectum. En 1907 au cours du XX[e] Congrès français de chirurgie, notre maître le D[r] Braquehaye, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, chirurgien de l'Hôpital Civil Français de Tunis, présenta à ce sujet un mémoire sur un nouveau procédé opératoire, à la fois original et séduisant dont il était l'inventeur, et qui lui avait donné les meilleurs résultats.

C'est l'étude détaillée de ce procédé que nous désirons entreprendre au cours de ce modeste travail : sans avoir nullement l'intention de refaire un chapitre de pathologie sur ces affections sténosantes du rectum,

sur lesquelles il a été tant écrit sans que tout soit dit encore, nous devrons passer en revue les divers genres de rétrécissements et trier parmi ceux-ci, ceux auxquels convient le procédé de notre maître.

Nous éliminerons d'abord les rétrécissements d'origine cancéreuse que Duplay et Reclus, avec la plupart des auteurs classiques mettent nettement en dehors du cadre des affections qui nous occupent ; ces auteurs réservent en effet le nom de rétrécissement du rectum, aux « diminutions de calibres de ce conduit résultant d'une altération organique mais non néoplasique de ses parois » (1).

Nous mettrons également à part les rétrécissements spasmodiques dont l'existence est aujourd'hui contestée par la majorité de ceux qui ont étudié la question (2). « Le rôle du spasme doit être limité au cas où celui-ci complique un rétrécissement organique » (3).

Il est une classe de rétrécissements du rectum, pour le traitement desquels le chirurgien ne trouvera que bien rarement l'occasion d'emprunter le procédé de Braquehaye : nous voulons parler des rétrécissements congénitaux plus souvent classés parmi les vices de conformation du rectum. Parmi ceux-ci, dont les types sont multiples, nous ne dégagerons qu'une forme susceptible d'être traitée avantageusement par la méthode qui fait le sujet de cette thèse : ce seront les rétrécissements à types cylindriques, par manque d'étoffe, par

1. Duplay et Reclus. *Trait éde Chirurgie*, tome VI, p. 775.
2 et 3. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum.* T.I, p. 245 et 246.

atrésie congénitale ; deux conditions esssentielles seront encore nécessaires ; leur siège ne sera pas trop élevé, et les sujets qui en seront porteurs seront d'un âge tel que les parties génitales qui devront faire les frais des lambeaux d'autoplastie soient suffisamment développées. Ce seront donc, et les cas resteront rares, de ces sténoses rectales congénitales, longtemps supportées sans accidents sérieux, ou même restées pour ainsi dire latentes, jusqu'à l'âge adulte (1).

Enfin, nous parlerons à peine des rétrécissements péri-rectaux, dus soit à une compression, par une tumeur pelvienne, soit à un étranglement par une ou plusieurs brides fibreuses, reliquats de péritonite ou de toute autre inflammation de voisinage, mais ne reconnaissant en aucun cas une origine purement rectale. Ces cas seront presque toujours justiciables d'une laparotomie qui seule permettra la libération de l'organe comprimé ou étranglé.

On a parfois fait rentrer dans cette même classe, les rétrécissements consécutifs à des abcès péri-rectaux ou péri-anaux, ou aux fistules qui les accompagnent ou leur font suite. Considérant ces productions pathologiques comme étant d'origine rectale ou anale, et voyant leurs lésions aboutir le plus souvent au voisinage de la muqueuse, à travers la paroi intestinale, ou à la muqueuse elle-même, nous préférons ranger ces sortes de rétrécissements dans l'une des deux grandes

1. Des cas semblables sont cités par Trélat. *Union Médicale*, 1886, I, n° 22, et par Pailhès, th. de Paris, 1886.

classes qu'il nous restera à étudier : les rétrécissements cicatriciels et les inflammatoires.

Ceux-là nous intéressent davantage, car c'est à eux que convient avant tout le procédé de Braquehaye. Nous ne pourrons nous contenter de les énumérer et de les classer d'après leur étiologie : il nous faudra connaître leur siège, leur degré de profondeur, les lésions essentielles qu'ils présentent avec leurs types particuliers, en un mot, il nous faudra faire à leur sujet une courte incursion dans le domaine de l'anatomo-pathologie.

Nous trouverons là nombre d'indications susceptibles de guider le chirurgien, desquelles même il ne saurait se passer, puisque l'étendue et la profondeur des lésions lui dicteront seules la conduite à tenir.

Ainsi renseignés sur la genre et la nature de l'affection que nous aurons à combattre, nous exposerons le procédé de Braquehaye, qui nous semble donner toute sécurité, tant au point de vue de la perfection de la réparation, qu'au point de vue de la non-récidive. Nous appuierons cette conviction par l'exposé de la valeur anatomique, puis de la valeur clinique du procédé ; nous discuterons ensuite les objections soulevées.

Comparant enfin le procédé à ceux employés antérieurement et aujourd'hui encore, nous montrerons combien ces derniers sont inférieurs.

Nos observations seront notre meilleur appui et nous permettront de conclure.

CHAPITRE PREMIER

Classification étiologique et anatomo-pathologique des rétrécissements cicatriciels et inflammatoires du rectum (1).

Nombre des rétrécissements qui nous occupent sont à la fois cicatriciels et inflammatoires : une ulcération plus ou moins profonde s'est-elle produite sur la paroi rectale, sous l'influence d'un agent caustique ou irritant, ou d'une infection inflammatoire, nous voyons, au bout d'un certain temps, se former en un point donné une cicatrice sténosante, pendant que sur un autre point l'ulcération, loin de se cicatriser, continue à présenter des phénomènes inflammatoires et tend même à s'accroître et à gagner du terrain. Notre division est donc un peu schématique surtout au point de vue des lésions

1. La plus grande partie des matériaux qui nous ont servi à l'élaboration de ce chapitre ont été puisés à même le savant ouvrage des professeurs Quénu et Hartmann : *Chirurgie du rectum.* Aussi ne citerons-nous pas les auteurs chaque fois que nous leur ferons quelque emprunt, nous contentant d'indiquer ici la source de la plupart de nos renseignements.

présentées. Cependant, certains rétrécissements semblent accuser une tendance marquée vers la cicatrisation fibreuse rapide, avec le minimum de lésions ulcératives : tels ceux qui sont dus à un traumatisme accidentel ou chirurgical, introduction d'un corps étranger, débridements larges de fistules. D'autres, au contraire, tel le rétrécissement syphilitique, présentent presque toujours et à tous les stades de leur développement, une surface ulcérée et enflammée qui se trouvera rarement située sur la région coarctée elle-même, plutôt à son voisinage, surtout au-dessus, parfois au-dessous, et même à distance.

L'étude étiologique nous révèle pour l'une ou pour l'autre forme l'existence de causes tout à fait différentes. Les rétrécissements cicatriciels ont souvent une origine traumatique. Si nous exceptons certains cas où l'on voit apparaître la sténose à la suite de gangrène locale consécutive à une fièvre grave, sorte de « noma » rectal ou plus souvent anal, nous trouvons presque toujours, au début de l'histoire de la maladie, un traumatisme quelconque. Tantôt il est accidentel : il s'agira d'un corps étranger introduit dans le rectum, ou plus rarement, n'ayant atteint le dernier segment du gros intestin qu'après avoir cheminé par tout le tube digestif : une déchirure se sera produite suivie d'une ulcération, à moins que sans déchirure, l'ulcération ne se soit produite par simple irritation de contact. L'ulcération se cicatrisera, mais laissera à son niveau un tissu de réparation fibreux qui diminuera plus ou moins la lumière du conduit. Dans d'autres cas, les accidents

remonteront à un accouchement pénible, prolongé, souvent terminé par une application de forceps, les violences exercées sur le rectum à travers la cloison recto-vaginale auront mortifié les tissus de la paroi.

On a noté des blessures du conduit par chutes : l'anus venant porter sur un corps dur, arrondi, par exemple le bouton de cuivre d'un podomètre, comme ce fut le cas dans une observation rapportée par Curling (1).

Tantôt le traumatisme justement incriminé sera d'ordre chirurgical : les accidents seront consécutifs à une large extirpation de fistules, ou au simple débridement igné de trajets fistuleux souvent multiples. A ce sujet nous rappellerons la fréquence encore grande des brûlures de la muqueuse ou de toute l'épaisseur de la paroi, brûlures souvent étendues, dues à la chaleur rayonnante du thermocautère : l'opérateur détruit de bout en bout et en une seule reprise le trajet fistuleux qui résiste au couteau rougi, sans chercher à limiter l'action calorique et destructive, par des arrêts fréquents et nécessaires, pendant lesquels le tampon mouillé viendrait avantageusement humecter et refroidir les tissus surchauffés. C'est peut-être à une intervention de ce genre que l'on doit rapporter le cas que nous citerons dans notre observation n° 4.

On a parfois vu le rétrécissement se produire à la suite d'extirpation d'hémorroïdes : il ne s'agit pas alors de la résection de quelques paquets hémorroïdaires,

1. Curling. *Traité des maladies du rectum.* Traduct. franc., Paris, 1883, p. 759.

mais d'une véritable ablation partielle du rectum. Le procédé de Whitehead a été particulièrement incriminé : il peut donner lieu à une désunion précoce et à la production d'une cicatrice fibreuse et sténosante.

Les hémorroïdes étranglées donnent souvent lieu à des plaques de sphacèle plus ou moins étendues, dont la cicatrisation fibreuse peut aboutir à un résultat analogue.

L'extirpation du rectum, méthode de traitement qui semblait radicale, constitue parfois un remède pire que le mal lui-même : la récidive se montre rapide, la cicatrisation de la plaie amenant une nouvelle sténose du conduit, plus serrée et plus fibreuse que la première.

Nous citerons encore parmi les facteurs étiologiques du rétrécissement rectal cicatriciel, les cautérisations profondes pratiquées sur un prolapsus du rectum, l'étranglement d'un prolapsus abandonné à lui-même avec les funestes conséquences qui en sont la suite : production, puis chute d'escharres : les lavements brûlants et enfin, les lavements effectués avec des solutions caustiques.

Les rétrécissements inflammatoires, encore connus sous le nom de rétrécissements annulaires, cylindriques, syphilitiques, ou sous la dénomination de rectite sténosante, reconnaissent en général pour origine une infection nettement déterminée. Nous citerons en premier lieu, la syphilis qu'on ne retrouve souvent pas dans les antécédents des malades, et dont le rôle pathogénique, par rapport aux affections qui nous occupent, a donné lieu à tant de controverses dans le détail desquelles nous n'avons pas à entrer ici.

La tuberculose peut aussi revendiquer un rôle important dans la genèse de ces sortes d'affections : elle agirait d'abord dans nombre des cas, comme agent auxiliaire : elle fut en effet souvent constatée à l'autopsie de sujets porteurs d'un rétrécissement. Mais elle est parfois aussi, quoique plus rarement, directement en cause : nous verrons plus exactement la part qui lui revient, au cours de l'étude histologique.

Une part importante, part sur laquelle le professeur Duplay a toujours justement insisté, doit être faite à la blennorragie : la rectite blennorragique est loin d'être rare, et là, plus encore peut-être que dans l'infection urétrale, son aboutissant presque fatal est le rétrécissement.

D'une manière générale d'ailleurs, toute rectite, banale en son origine ou autre, peut occasionner un rétrécissement. Nous mentionnerons sans insister davantage, le chancre mou et les diverses lésions de l'orifice anal, l'abus des purgatifs drastiques, la constipation habituelle, la pédérastie.

Nous dirons un mot de plus du rétrécissement dysentérique, dont l'existence, admise par les classiques est formellement niée par Mathews (1) qui possède une grande autorité en la matière. Nous nous conformerons à la manière de voir des professeurs Quénu et Hartmann qui, admettant la possibilité de l'origine dysentérique pure, en restreignent beaucoup la fréquence et ne considèrent le plus souvent cette affection qu'en

1. Mathews. *Treatise on diseases of the rectum*, 1892, p. 337.

tant que point de départ d'une rectite vulgaire.

Telles sont les origines les plus fréquentes des rétrécissements que nous aurons à traiter : voyons maintenant ce que sont exactement ces rétrécissements : quelles sont leurs lésions essentielles. Ces connaissances nous donneront seules les indications exactes auxquelles devra répondre l'intervention opératoire.

Au cours de cet exposé anatomo-pathologique, c'est le type du rétrécissement inflammatoire que nous aurons plus particulièrement en vue : au point de vue des lésions il constitue le rétrécissement type complet : d'ailleurs, le rétrécissement cicatriciel n'est souvent que l'aboutissant d'un processus ulcératif inflammatoire, et nous avons remarqué, lors de notre essai de classification, que souvent les deux genres de rétrécissements se combinaient de telle façon qu'il devenait difficile, si non impossible, de les séparer.

L'histologie nous fera connaître quelques lésions spéciales que nous devrons rapporter à certains types dont elles constituent la caractéristique.

Le siège du rétrécissement est en général bas situé. La statistique de Perret (1) donne sur 58 cas, dont tous ne sont pas purement inflammatoires au titre où on l'entend aujourd'hui, 36 cas dans lesquels la sténose siégeait à moins de 6 centimètres au-dessus de l'anus. Les professeurs Quénu et Hartmann accusent dans une statistique comprenant 21 cas observés, 20 cas où le

Perret. *Essais sur les rétrécissements du rectum dus à l'inflammation.* Th. de Paris, 1855.

rétrécissement siégeait à l'anus où à quelques centimètres au-dessus de lui.

On ne trouve presque toujours qu'une seule région coarctée dont l'étendue en hauteur dépasse rarement 4 centimètres.

Le degré de coarction est très variable : certains rétrécissements admettront le doigt, d'autres laisseront à peine passer une fine sonde exploratrice ; cependant on ne voit jamais d'oblitération complète de la lumière du conduit.

Les lésions que présentent les différents tissus qui constituent la paroi rectale, varient suivant la région que l'on considère : au niveau même de la portion rétrécie, on constate un épaississement considérable de toute la paroi : ce n'est plus qu'une vraie masse calleuse formant un seul bloc de tous les éléments normaux des tuniques confondues. Un fait constant et digne de remarque c'est l'absence de toute ulcération siégeant sur cette région. La muqueuse persiste bien que modifiée, épaissie et surtout inséparable des couches sous-jacentes. Le maximum des lésions semble être dans la sous-muqueuse. Les couches musculaires sont moins atteintes, si elles ne restent pas totalement à l'abri du processus scléreux ; parmi celles-ci, les fibres les plus externes, les longitudinales, peuvent même être indemnes.

Au-dessous du rétrécissement la muqueuse est presque toujours malade : elle est constamment rouge, ulcérée, rigide épaissie ; parfois elle présente des granulations ou de véritables saillies papillomateuses ou molluscoïdes. « L'anus est creusé d'ulcérations fissurai-

res séparant les saillies d'un véritable bouquet condylomateux (1). »

Au-dessus du rétrécissement, existe fréquemment une large ulcération qui finit brusquement à son bord supérieur par un rebord festonné auquel la muqueuse saine fait suite. La profondeur de cetre ulcération varie : la muqueuse peut entièrement manquer ; parfois même toute la paroi intestinale a disparu : c'est une véritable perforation. Au lieu d'être unique et large, ce qui semble être la règle, l'ulcération peut être multiple. Le contact prolongé des matières au-dessus de la portion coarctée, peut être sinon la cause directe de l'ulcération, au moins une raison très vraisemblable de sa non cicatrisation.

Enfin, dans certains cas graves et anciens, les lésions ne se limitent pas à la paroi elle-même : non content d'avoir déformé celle-ci, de la façon que nous venons de décrire, le processus scléreux s'attaque aux tissus environnants : il se développe une véritable périrectite avec formation de masses calleuses, parfois fibro-lipomateuses (2).

Dans ces tissus on peut noter la présence de fistules à physionomie un peu spéciale : ce sont les « fistules sèches » de Trélat ; leurs trajets viennent aboutir soit à la peau soit dans les organes voisins.

Telles sont les lésions que l'on a coutume de rencontrer au cours des autopsies pratiquées sur les sujets

1. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*. T. I, p. 257.
2. Observation LIV citée par Quénu et Hartmann. T. I, p. 256.

porteurs de rétrécissement rectal, que ces individus aient succombé du fait de la cachexie terminale ou à la tuberculose, qui se développe si facilement et évolue si rapidement en de semblables terrains.

Ainsi constitués, nos rétrécissements cicatriciels et inflammatoires peuvent présenter plusieurs degrés qu'il sera utile de pouvoir reconnaître, pour décider du traitement à apporter aux lésions et des conditions dans lesquelles ce traitement devra être appliqué.

Cette classification un peu schématique comprendra trois degrés: dans le premier degré il n'existera que des lésions de la muqueuse et de la sous-muqueuse: le second degré s'étendra aux cas où toute la paroi sera envahie, sans toutefois dépasser le rectum lui-même, dans un troisième degré l'affection présentera son maximum d'étendue avec périrectite, masses calleuses, fistules, etc.

Le microscope nous fournira nombre d'autres détails que nous passerons rapidement en revue.

Dans toutes les variétés de rétrécissements, la muqueuse, quand elle persite, subit une transformation totale et constamment identique: son épithélium de cylindrique qu'il était auparavant, devient pavimenteux stratifié: de là la sensation de sécheresse que fournit cette muqueuse au toucher; de là ces plaques de pachydermie rectale.

La sous-muqueuse présente des lésions beaucoup plus variables, suivant le genre de rétrécissement considéré. D'après les éléments pathologiques observés et leurs dispositions dans chaque genre, l'on distingue aujourd'hui trois types différents.

Le type inflammatoire diffus est caractérisé par la présence de nappes scléreuses parcourues par des traînées embryonnaires diffuses, séparant et étouffant les couches les plus internes des fibres musculaires, mais, chose importante, sans toutefois altérer les vaisseaux.

Le type syphilitique se fait avant tout remarquer par la disposition, au milieu des plaques scléreuses, d'amas embryonnaires autour des lumières vasculaires, artères ou veines selon les cas. On constate parfois sur l'endartère des lésions tout à fait analogues à celles de l'endartérite syphilitique. Si ce sont les veines qui sont particulièrement atteintes, on pourra trouver toute une gamme de lésions, par suite du dépôt plus ou moins considérable des amas embryonnaires dans les parois, depuis le simple épaississement de la tunique externe, jusqu'à l'oblitération complète du vaisseau qui se trouvera remplacé par un nodule, lequel à son tour deviendra une véritable gomme miliaire.

Le type tuberculeux, dont l'existence n'a été sanctionnée par l'histologie et la bactériologie que depuis les brillants travaux de M. Sourdille (1), forment la troisième catégorie: ici, la sous-muqueuse métamorphosée en une couche épaisse de tissus fibreux, présente de nombreuses bandes fibreuses que séparent des follicules tuberculeux. Autour des vaisseaux souvent représentés par de simples capillaires, l'on observe des traînées embryonnaires diffuses, ne présentant pas la délimitation nette des nodules gommeux.

1. Communication de M. Sourdille à la Société anat. de Paris. *Bull. de Soc. anat.* Paris, 28 déc. 1894.

Souvent le processus est complexe, plus complexe que cet exposé ne pourrait le laisser supposer : les lésions viennent plus ou moins se confondre et mélanger les types : d'où la difficulté, à l'examen d'une pièce, de se prononcer toujours d'une façon absolue.

Ainsi renseignés sur les différentes sortes de rétrécissements auxquels peut convenir le procédé opératoire de Braquehaye, connaissant la nature et l'étendue des lésions à traiter, nous décrirons maintenant le procédé de notre maître.

CHAPITRE II

Procédé de Braquehaye
Cure radicale des rétrécissements du rectum par autoplastie scrotale ou vaginale (1)

La méthode inventée et préconisée par notre maître, est avant tout une méthode autoplastique : elle consiste essentiellement à exciser la moitié antérieure du rétrécissement et à combler la perte de substance, par la peau du scrotum chez l'homme ou la muqueuse vaginale chez la femme.

Nous ferons valoir plus loin la qualité des tissus employés pour pratiquer l'autoplastie. Pour le moment, nous nous contenterons d'exposer de notre mieux la technique opératoire du procédé.

Premier temps (*commun aux deux sexes*).
COLOSTOMIE

On pratique d'abord un anus iliaque classique. Notre maître emprunte en général la méthode Maydl, en deux

1. C'est sous ce titre que notre maître, le professeur Jules Braquehaye, présenta son mémoire au XX[e] Congrès français de Chirurgie, tenu à Paris en 1907.

temps. Mais tout autre procédé peut être employé ; ce qui importe, c'est avant tout de dériver le cours des matières : c'est là le seul moyen de guérir à peu près complètement la rectite qui coexiste avec le rétrécissement : c'est une condition indispensable à la réalisation de l'asepsie lors de l'intervention principale, asepsie qui seule assurera la bonne réunion des lambeaux sans suppuration : nous verrons dans notre observation n° 1 que la suppression de ce temps préliminaire, temps que notre maître considère aujourd'hui comme essentiel, peut entraîner de sérieux ennuis et compromettre au moins partiellement le résultat définitif.

Une fois l'anus iliaque constitué, il faudra attendre un minimum de trois mois avant de s'attaquer au siège même du mal. Ce temps ne sera pas trop long pour guérir la rectite et désinfecter complètement le conduit rectal. Dans ce but l'on pratiquera chaque jour, au moins un lavage du rectum à l'eau bouillie simple, sans employer aucune espèce d'antiseptique : le courant liquide passera alternativement dans les deux sens, d'un orifice à l'autre. Après le lavage, le rectum sera pansé à la gaze sèche stérilisée.

Sous l'influence de ce traitement la rectite cédera peu à peu, l'inflammation diminuera, les ulcérations se cicatriseront. Quand ces dernières auront entièrement disparu on continuera encore les lavages, mais les pansements intra-rectaux à la gaze seront supprimés.

En outre, durant les trois mois de ce traitement préliminaire, on voit se relever l'état général des malades amenés souvent dans un état de cachexie inquiétant.

Ces bonnes conditions de l'état général sont loin d'être à dédaigner, elles constituent un facteur important de guérison.

Deuxième temps (*différant suivant le sexe*).

RECTOTOMIE ET AUTOPLASTIE

Chez l'homme. — Le malade est placé dans la position de la taille. Le pansement rectal renouvelé la veille au soir, est enlevé ; un dernier lavage du rectum à l'eau bouillie est pratiqué pendant que le malade dort, la canule reposant sur les deux doigts qui maintiennent l'anus ouvert. Un sérieux savonnage, suivi d'un brossage méthodique à l'alcoolé de savon aseptise largement la peau des régions périnéale, scrotale, et tout le champ environnant. Un dernier rinçage de la peau au cyanure ou à l'eau boriquée, et tout est prêt pour l'intervention.

L'arsenal ne comprend aucun instrument spécial : un bistouri, une pince à griffes, de bonnes pinces de Kocher, quelques autres pinces hémostatiques, des ciseaux droits et courbes, deux écarteurs à valves, et enfin une bonne aiguille; l'aiguille en hameçon de Trélat est commode pour passer les fils au point le plus élevé ; mais une aiguille ordinaire bien courbe fera le même office.

Comme fils, des fils d'argent assez gros pour ne pas couper les tissus, assez fins pour être bien malléables (n° 5), des crins de Florence, un ou deux rouleaux de catgut pour faire les ligatures nécessaires à une bonne hémostase.

Après avoir largement dilaté l'anus l'on placera deux écarteurs sur la paroi postérieure du rectum, afin de bien découvrir le rétrécissement. Nous avons vu que le siège de la sténose est généralement bas, rarement à plus de 6 centimètres au-dessus de l'anus : on manœuvrera donc assez aisément, sauf exceptions.

(1) Le rétrécissement sera incisé à fond, exactement sur sa partie antérieure, jusqu'à ce que le doigt constate la souplesse des tissus. A quelle profondeur nous faudra-t-il aller pour rencontrer ces tissus souples et sur quelle épaisseur la paroi sera-t-elle sectionnée ? L'étude anatomo-pathologique nous a permis de distinguer trois degrés différents, suivant la profondeur des lésions : si nous avons affaire à un retrécissement du premier degré, et c'est heureusement le cas de beaucoup le plus fréquent, le bistouri atteindra à peine la couche musculaire interne ; dans les cas plus étendus du second degré c'est toute la paroi rectale qui sera fendue : enfin, la troisième catégorie qui comprend les infiltrations profondes avec périrectite et formation de vraies masses calleuses, nécessitera une section beaucoup plus profonde qui devra être menée avec prudence et aussi le souci constant de ne pas dévier de la ligne médiane.

L'incision remontera en hauteur au delà de la stricture, jusque sur la muqueuse saine qui sera prudemment repérée avec une pince de Kocher ou par un fil.

1. Nous citerons presque textuellement la description que le professeur Braquehaye fit lui-même de son procédé, lors du XX[e] Congrès français de Chirurgie de 1907. Nous ne saurions prétendre être à la fois aussi clairs et aussi précis.

On saisit ensuite avec une pince de Museux une des lèvres du rétrécissement sectionné et on essaie de l'abaisser. Avec les ciseaux courbes on excise latéralement une partie du tissu fibreux inflammatoire ; cette excision devra porter sur toute la hauteur de l'anneau rétréci et atteindre en haut la muqueuse saine. Latéralement, on enlèvera au moins un quart de la virole, en respectant le sphincter. On saisit ensuite de même l'autre lèvre, on l'abaisse et on extirpe de la même façon l'autre quart. Il en résulte une large surface cruentée comprenant la moitié antérieure du rétrécissement.

Si quelque vaisseau saigne on le pince et l'on tamponne la plaie à la gaze stérilisée, afin de faire une bonne hémostase qui facilitera la reprise du lambeau scrotal.

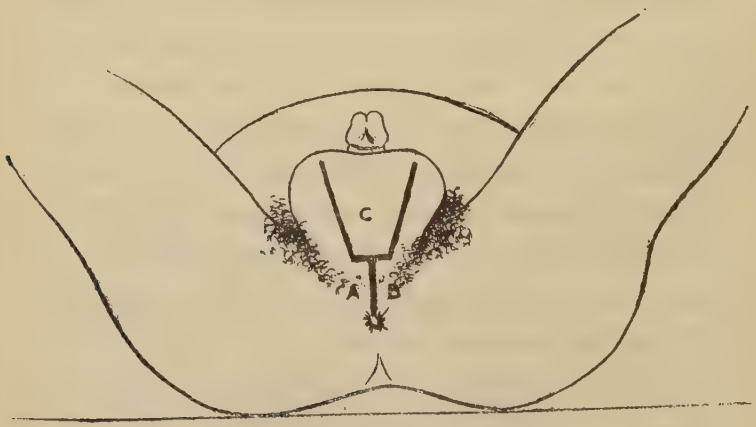

Figure I (1)

1. Les clichés qui nous ont servi à reproduire les figures I, II, III et IV sont dus à l'obligeance de M. le secrétaire de la Société de chirurgie auquel nous adressons nos vifs remercîments.

Ceci fait, sur la ligne médiane antérieure, on prolonge en bas l'incision primitive, par laquelle on a fendu en avant l'anneau rétréci ; on sectionne ainsi la muqueuse rectale, l'anus et le périnée sur son raphé, jusqu'à l'insertion postérieure du scrotum. La muqueuse et la peau ainsi sectionnées sont ensuite disséquées à droite et à gauche, de façon à offrir non pas une ligne, mais une surface cruentée assez large de 3 centimètres environ.

A l'extrémité de l'incision (Fig. 1) sur les bourses, on taille un lambeau rectangulaire, ou trapézoïdal large, long de 8 centimètres environ, épais, que l'on laisse adhérent par sa partie antérieure afin d'assurer sa nutrition (Fig. 1 C.).

Nous reviendrons plus loin sur l'épaisseur à donner

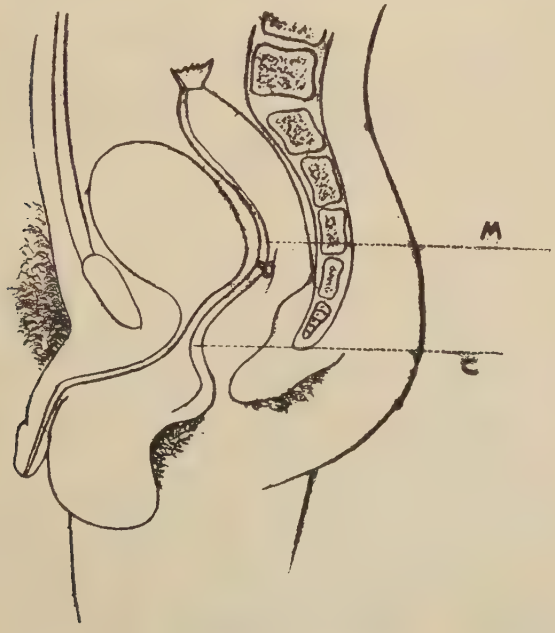

FIGURE II

aux lambeaux, en discutant au chapitre suivant la valeur anatomique du procédé ; nous verrons là également ses conditions de nutrition.

Le lambeau scrotal est alors porté en arrière (fig. 2 C.) dans le rectum jusqu'au contact de la muqueuse saine, au-dessus du point où siégeait le rétrécissement. Si le lambeau scrotal a été bien libéré, il arrive facilement, sans tirailler, au contact de la muqueuse (fig. 2 M.). Il est fixé à celle-ci par trois points de suture.

Ces trois points, dont l'importance est grande, sont les plus difficiles à passer ; c'est là que l'aiguille en hameçon de Trélat, dont nous parlions tout à l'heure, peut être utile. On se trouvera bien d'employer, au moins pour ces points, les fils d'argent (n° 5) cités également dans la description de notre arsenal.

Le lambeau est maintenant solidement fixé en haut ; il ne reste plus qu'à le saturer latéralement aux lèvres de la muqueuse rectale et anale d'abord, puis à la peau du périnée. On pourra se servir ici de simples crins de Florence ou de fils d'argent fins.

L'opération est terminée, le pansement comprendra un tamponnement du rectum à la gaze stérilisée ou légèrement iodoformée, un bon lit de compresses stérilisées, sur le reste de la plaie doublé d'un second lit d'ouate également stérilisée. Le tout sera maintenu par un bandage en forme de T.

Les suites opératoires sont des plus bénignes. Les bourses, d'abord tirées en arrière reprendront vite leur place.

On changera le pansement tous les deux jours et l'on enlèvera les fils du huitième au dixième jour.

L'ablation des fils d'argent maintenant le lambeau à sa partie la plus élevée, n'est pas toujours chose aisée, surtout si l'on a eu affaire à un rétrécissement un peu haut situé. Quelques détails à ce sujet ne seront pas inutiles: Les fils auront été choisis très longs, il mesurent plus de deux fois la distance qui sépare l'anus de la partie supérieure du rétrécissement. Une fois qu'on les aura placés on tordra les fils comme pour la palatoplastie. Les deux chefs égaux en longueur, seront entourés sur toute leur hauteur d'une gaze suffisamment épaisse pour empêcher leur contat avec la muqueuse rectale et par suite l'ulcération de celle-ci. On veillera à ce que le pansement ne provoque aucun tiraillement.

Vers le dixième jour, on procédera à l'ablation de ces fils. On se met dans de bonnes conditions d'éclairage, on place un écarteur sur la partie postérieure du rectum de façon à se donner du jour. On pince l'extrémité du fil et l'on fait une légère traction. Si l'anse du fil n'est pas située trop haut, on la coupera au-dessus de la première torsion, aussi près que possible de la muqueuse, de façon à éviter que l'anse faisant hameçon ne déchire les tissus, au moment où on retire le fil. Si le point de fixation est situé trop haut pour être bien en vue, on détordra complètement les deux chefs (il faut que les fils soient de bonne qualité pour que l'on n'ait pas à craindre de les casser au cours de cette manœuvre) et, après s'être assuré par le contact du doigt qu'il n'y a plus aucun obstacle à leur glissement, on coupera l'un des chefs aussi près que possible de l'anse: il n'y a plus alors qu'à les tirer l'un et l'autre.

Chez la femme. — La colostomie a été pratiquée, le rectum désinfecté de la façon que nous avons exposée. L'asepsie du conduit vaginal aura été également réalisée par de fréquentes et grandes injections ; on se sera assuré qu'il n'existait aucune infection utérine ; au cas contraire on aurait institué un traitement actif au cours des trois mois d'attente.

La malade ayant été placée en position obstétricale, les régions vaginales et périnéales dûment savonnées et brossées, on commencera comme chez l'homme par dilater fortement l'anus. La première partie de l'intervention, incision de la sténose et excision partielle des tissus fibreux inflammatoires, ne différera d'ailleurs pas non plus des temps identiques décrits tout à l'heure.

Mais on ne prolongera pas en bas l'incision antérieure sur la muqueuse rectale ou anale, au-dessous du rétrécissement, comme chez l'homme. On se contentera de faire l'hémostase aussi complète que possible, en tamponnant à la gaze stérilisée un peu tassée, la région sur laquelle l'excision vient d'être pratiquée.

Ensuite, l'on taille sur la partie postérieure du vagin un lambeau rectangulaire large de 4 à 5 centimètres, descendant en bas presque jusqu'à la vulve (plus ou moins bas suivant la hauteur du rétrécissement) et atteignant en haut le point de la paroi vaginale qui correspond à la partie inférieure de la stricture rectale (fig. 3 A.).

Ce lambeau est complètement isolé comme dans une colpopérinéorraphie, sauf par son bord supérieur où il reste adhérent, afin de recevoir les vaisseaux qui le nourriront.

Nous verrons au chapitre suivant, en discutant la valeur anatomique des tissus employés pour l'autoplastie, que la muqueuse disséquée doit emporter une doublure plus épaisse qu'il n'est d'usage de lui en laisser dans une colpopérinéorraphie.

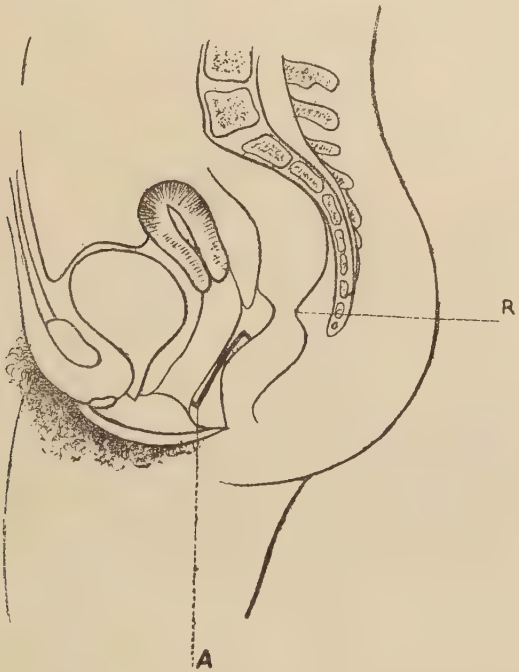

FIGURE III

Au-dessus du bord adhérent, sur la partie cruentée, on fait une boutonnière transversale, large de 3 à 4 centimètres, à travers la cloison recto-vaginale (fig. 4 F.) et par cette boutonnière, l'on fait passer le lambeau vaginal que l'on relève, de façon que son extrémité libre (extrémité vulvaire) soit retournée en haut et vienne au contact de la muqueuse rectale saine (fig. 4 M.) au-dessus du rétrécissement.

On suture ensuite les deux muqueuses, vaginale et rectale, en contact, d'abord en haut puis sur les côtés.

On recoud ensuite, comme dans une colporraphie, la paroi vaginale postérieure avivée par la prise du lambeau.

L'on fait un pansement à la gaze stérile : ce panse-

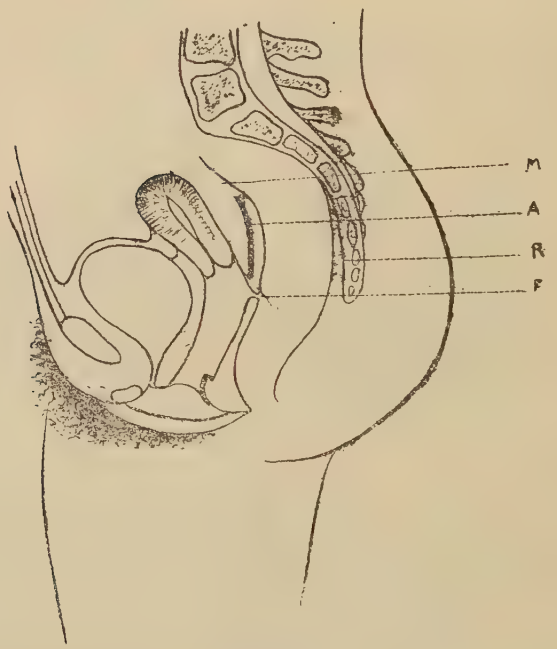

Figure IV

ment sera changé tous les deux jours. Les fils seront enlevés au dixième jour, comme il a été dit précédemment (1).

Il persiste donc une fistule recto-vaginale. Nous verrons tout à l'heure, quand et comment on l'obturera.

1. Voir page 33

La technique de cette opération autoplastique, est simple et donne les meilleurs résultats. Cependant il pourrait persister parfois un certain degré de raideur un manque de souplesse, dus à la conservation intégrale de tout le segment postérieur auquel l'on n'a pas touché. Si les tissus ne semblent pas suffisamment libres après l'intervention pratiquée sur la moitié antérieure de l'anneau rétréci, on pourra s'attaquer à la partie postérieure de la façon que nous allons exposer : le sujet est parfois porteur d'hémorroïdes, en paquets plus ou moins volumineux; ces tissus très souples peuvent servir à une nouvelle autoplastie, limitée il est vrai, mais qui cependant n'est point à dédaigner. Une incision, postérieure cette fois, plus courte et moins profonde que l'antérieure, libérera la muqueuse rectale scléreuse; une excision portant seulement sur les couches superficielles mettra à nu une surface cruentée sur laquelle on greffera le petit lambeau emprunté aux hémorroïdes, qui mériteront alors le nom d'hémorroïdes providentielles. Dans notre observation n° II, une intervention de ce genre vint compléter l'autoplastie scrotale.

Si la muqueuse ne présente aucun bourrelet variqueux, le procédé de Schwartz que nous exposerons plus loin, pourra être avantageusement employé pour parfaire l'opération.

Troisième temps (*Chez la femme seulement*)

obturation de la fistule recto-vaginale

Nous avons constaté que chez la femme, l'opération autoplastique de Braquehaye laissait une fistule vagino-rectale. Si les tissus qui forment la cloison de séparation entre le vagin et le rectum, sont de bonne qualité, la réparation se fera très aisément, grâce à une petite intervention supplémentaire, qui sera pratiquée quelques semaines après l'opération principale. Ce temps devra naturellement précéder l'occlusion de l'anus iliaque qui seul assure l'asepsie du terrain.

Pour pratiquer l'occlusion de la fistule vagino-rectale, divers procédés peuvent être employés : dans la plupart des cas, le procédé de dédoublement, tel qu'on le pratique pour la fistule vésico-vaginale, pourra suffire. A notre avis, la préférence devra être accordée au procédé préconisé par notre maître le professeur Braquehaye pour le traitement des fistules vésico-vaginales, procédé qu'un de nos amis et ancien camarade, le Dr Jean de Peyrecave, a brillamment exposé l'an dernier dans une thèse très digne de remarque (1).

Enfin, si les tissus environnant la fistule, semblent être de trop mauvaise qualité (il s'agira comme dans notre observation n° IV de rétrécissements anciens d'origine fistuleuse, liés à un processus fibreux extra-

1. J. de Peyrecave. Du traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de Braquehaye. Thèse de Bordeaux, 1908.

ordinairement étendu), dans ce cas, on prendra les tissus où ils paraîtront être les meilleurs. Dans notre observation n° IV, par exemple, nous avons taillé sur la petite lèvre droite un lambeau en V, à pointe externe, et dont l'ouverture formant pédicule était située en dedans. Après avoir dédoublé tout le bord de la fistule, nous avons fait basculer le lambeau en V autour de son pédicule et nous l'avons enchâssé, comme un verre de montre dans sa monture, dans le bord dédoublé de la fistule : nous avons obtenu ainsi un plan profond, dont la muqueuse des petites lèvres formait la paroi du rectum ; et la paroi profonde avivée regardait le vagin. Un second plan de sutures transversales permettait d'affronter la muqueuse vaginale supérieure et inférieure, et de recouvrir la partie cruentée du lambeau en V qui avait été retourné.

Le résultat dépendra avant tout de la qualité des tissus employés : si ces tissus sont souples, bien vascularisés, quel que soit le procédé employé, la fistule s'obturera ; mais quelle que soit l'adresse de l'ouvrier, avec une mauvaise étoffe on ne peut faire un habit bien solide : l'on trouvera parfois une cloison réduite à un mince plan très fibreux, entièrement cicatriciel, constitué par des tissus pâles à peine vascularisés, toutes conditions éminemment défavorables à la bonne réunion des sutures. Plusieurs interventions successives pourront alors être nécessaires, et la réunion définitive ne sera obtenue qu'au prix d'efforts sérieux et de persévérance.

Dernier temps (*commun aux deux sexes*)

3e temps chez l'homme, 4e chez la femme

occlusion de l'anus iliaque

Il ne reste plus alors, les voies naturelles étant complètement réparées, qu'à fermer l'anus artificiel : on ne se pressera pas trop de rétablir le cours normal des matières ; un délai d'un mois sera un minimum. A ce moment, les diverses sutures étant bien consolidées l'organe restauré pourra être rendu à ses fonctions.

Dans la plupart de nos observations, il a suffi d'employer le procédé de Dupuytren. Cette méthode pourra dans tous les cas être d'abord essayée, car nous l'avons toujours pratiquée sans anesthésie, en donnant simplement au malade de la morphine et du chloral pendant quelques jours.

En cas d'insuccès, on serait toujours à temps de faire une laparotomie, de libérer les anses intestinales adhérentes à la paroi, et de faire une entérorraphie ; ou bien d'avoir recours à une entéro-anastomose, selon les indications que présenterait chaque cas.

CHAPITRE III

Valeur anatomique du procédé

Au point de vue anatomique, le procédé que nous venons de décrire nous semble donner toute sécurité. Le Dr Brunswick (1) de Tunis a bien prétendu que le choix de la voie antérieure qu'emprunte le bistouri pou sectionner, puis exciser en partie le rétrécisement, constituait une grosse menace de danger pour les organes voisins. Cette objection, en premier lieu, ne s'adressera qu'aux cas relativement rares, où le rétrécissement sera compliqué d'une grosse périrectite, où le processus scléreux inflammatoire aura dépassé en profondeur les limites habituelles. Mais alors même, ce reproche ne nous semble pas fondé et pour appuyer notre dire, nous rappellerons d'abord quelles sont les connexions

1. *Bulletin de la Société des Sciences médicales de Tunis*, janvier 1905. Discussion du procédé de Braquehaye. Dr Brunswick, p. 34 : « Cette voie antérieure est très dangereuse. M. Braquehaye a-t-il sectionné toute la paroi du rectum? En ce cas le danger est grand, puisqu'on s'expose à couper des tissus sclérosés, lardacés, produits par une périrectite, et dans ces conditions on peut blesser des organes importants. »

de la paroi antérieure du rectum avec les organes situés en avant d'elle ; nous établirons en même temps qu'il existe des barrières qui, séparant le rectum de ces organes, peuvent s'opposer pour leur part à l'envahissement du processus scléreux, et tout au moins, plus tard, prévenir l'opérateur qu'il aborde la zone dangereuse.

Dans sa portion la plus élevée, le rectum à sa face antérieure est tapissé par la séreuse péritonéale qui déborde même un peu sur les faces latérales ; cette séreuse abandonnant le rectum pour venir tapisser la face postérieure de la vessie chez l'homme, de l'utérus chez la femme, forme entre les organes un cul-de-sac longuement décrit pas les anatomistes. Ce cul-de-sac peut être rempli par des anses intestinales, au moins dans sa moitié supérieure, la plus large.

Tout danger semble ici illusoire ; le pis qui puisse arriver, c'est d'ouvrir le péritoine ; qu'importe encore, on en sera quitte pour mettre un fil de catgut, en toute sécurité contre l'infection, puisqu'on est sur un terrain aseptique.

Dans la portion dénuée de péritoine, les rapports sont différents suivant le sexe.

Chez l'homme. — La distance qui sépare la partie inférieure du cul-de-sac recto-vésical de l'anus est de 5 à 7 centimètres. Sur cette hauteur on rencontrera, toujours en avant du rectum, en allant de haut en bas : le bas-fond de la vessie, sur lequel les canaux déférents dessinent un triangle maintes fois décrit, ces canaux déférents, les vésicules séminales, la prostate reposant sur l'aponévrose moyenne du périnée.

Les organes que nous venons de citer ne sont pas en rapport direct avec la paroi rectale : entre ces deux plans s'élève une vraie barrière constituée par une membrane épaisse, riche en fibres musculaires lisses, que Denonvilliers a décrite sous le nom d'aponévrose prostato-péritonéale. Au-dessus de la prostate cette aponévrose vient s'interposer entre les vésicules séminales et la partie terminale des canaux déférents qu'elle embrasse dans un dédoublement. Intimement unie à la prostate elle adhère moins aux vésicules séminales. Mais ses connexions avec le rectum nous intéressent davantage encore : au niveau des deux tiers inférieurs de la prostate l'aponévrose adhère intimement aux parois rectales ; plus haut, près de la base de la prostate, les tractus fibreux qui la rattachent encore au rectum se relâchent, formant une zone cellulaire, limitée en haut par le cul-de-sac péritonéal, en bas par les adhérences intimes de l'aponévrose et du rectum, en avant par l'aponévrose intimement unie à la prostate, plus lâchement aux vésicules, et en arrière par les fibres longitudinales du rectum.

Si nous avons insisté de la sorte sur les dispositions anatomiques de cette aponévrose de Denonvilliers, c'est que nous considérons qu'elles constitueront autant de points de repère pour le chirurgien : c'est à cette hauteur (jusqu'à 6 centimètres au-dessus de l'anus) que siègent la plupart des rétrécissements : les masses calleuses, les formations fibreuses de périrectite se développeront facilement dans la zone cellulaire que nous avons décrite et limitée. On pourra donc aller aussi

loin que l'on voudra tant que l'on ne trouvera pas de tissus souples, jusqu'à ce que le bistouri rencontre notre solide aponévrose qui sera toujours différenciée des masses fibreuses environnantes.

De plus, l'important est de se tenir toujours exactement sur la ligne médiane: ainsi les vésicules séminales et les canaux déférents seront en pleine sécurité.

Dans les cas où les tissus scléreux dépasseraient de beaucoup la paroi rectale, à la suite d'inflammations profondes périrectales, on pourrait se bien trouver parfois de faire introduire par un aide un cathéter dans la vessie: ce sera une source sûre de renseignements et un bon moyen de protection.

Chez la femme. — Au-dessous de l'insertion péritonéale, c'est avec la partie postérieure du vagin, que la face rectale antérieure entre en rapport: les deux organes s'adossant forment la cloison recto-vaginale, mais ils n'associent leurs parois qu'au niveau du raphé, carrefour des insertions des transverses, constricteur vulvaire, sphincter externe; plus haut, les parois s'écartent. Entre elles, se trouve un tissu cellulaire lâche qui forme ici encore un véritable espace prérectal, bien clos en avant par le vagin, en arrière par le rectum, en bas par les adhérences serrées des deux conduits, en haut par le cul-de-sac péritonéal.

En avant donc, aucun organe à craindre, à peine quelques petits vaisseaux cheminant dans l'espace prérectal.

La partie la plus basse du conduit rectal, dite portion périnéale ou anale, se trouve protégée par son

sphincter, limite qu'on ne franchira que rarement.

Chez l'homme. — L'urètre est bien loin, pour constituer un voisinage dangereux: tout le triangle recto-urétral le sépare de notre paroi. Dans l'aire de ce triangle : les muscles du plancher pelvien, les glandes de Méry ou de Cooper au-dessus du bulbe.

Chez la femme. — Toute la portion anale est intimement unie au vagin, formant avec lui une véritable cloison triangulaire à base inférieure et qui n'est autre que le plancher périnéal. Dans ce triangle recto-vaginal s'entre-croisent le sphincter externe, les transverses du périnée et le constricteur de la vulve.

Aucun organe à léser donc : des muscles et quelques vaisseaux sans importance, voilà tout ce que l'on pourra rencontrer dans cette région, une fois la zone sphinctérielle franchie.

La disposition des vaisseaux, et spécialement des artères, destinés à assurer la vitalité de tout le conduit rectal, semble être plutôt en faveur de la voie antérieure qu'empruntera notre intervention.

Quatre sources à l'irrigation artérielle: c'est d'abord l'hémorroïdale supérieure, branche terminale de la mésentérique inférieure, qui aborde le rectum à sa partie la plus élevée par la face postérieure, et se partage en deux branches: les hémorroïdales supérieures, droite et gauche qui, dirigées de haut en bas et d'arrière en avant traversent la paroi postérieure obliquement, puis les parois latérales, pour venir se terminer sur l'antérieure.

L'artère hémorroïdale moyenne vient de l'hypogastrique ou de l'une de ces branches: chez l'homme,

après avoir fourni des rameaux génito-urinaires, le tronc qui semble être la continuation de l'artère même, aborde le rectum par ses parois latérales, au niveau de l'extrémité inférieure de sa portion pelvienne, pour s'épuiser sur la région antérieure. Chez la femme, l'hémorroïdale moyenne naît séparément de l'hypogastrique ou d'un tronc commun avec l'artère vaginale; c'est également par la voie latérale que ces rameaux abordent l'ampoule rectale.

L'artère hémorroïdale inférieure qui vient de la honteuse interne, émet deux, trois ou quatre branches qui, très flexueuses cheminent latéralement dans la graisse du creux ischio-rectal et vont former tout autour de la région anale un riche réseau vasculaire destiné aux muscles sphincter et releveur, et aussi à la muqueuse anale et à la peau de la marge.

Enfin, l'artère sacrée moyenne qui chemine entre le rectum et le plan osseux, fournit quelques rameaux assez grêles à la face rectale postérieure.

La question de l'innervation doit nous intéresser au même titre que celle de la vascularisation, et nous apporterons un soin égal à nous assurer qu'aucun des temps de notre intervention ne nous exposera à la section de troncs nerveux importants.

Les nerfs du rectum ont deux origines: d'une part, ils viennent du grand sympathique, formant les plexus hémorroïdaux supérieur et moyen; d'autre part, ils sont fournis par les troncs médullaires. Nous n'insisterons pas sur les premiers dont les diverses branches calquent leurs trajets, sur ceux des vaisseaux artériels (artères

hémorroïdale supérieure et hémorroïdale moyenne) dont nous connaissons la disposition; les remarques faites au sujet de ceux-ci nous serviront au même titre.

Les nerfs d'origine médullaire qui sont destinés au rectum, naissent des deuxième, troisième, quatrième et parfois cinquième paires sacrées. Situés d'abord dans la gaine fibreuse qui entoure le rectum, ils pénètrent *par les côtés* dans l'épaisseur des tuniques et vont aboutir à l'ampoule rectale.

La région anale possède un réseau nerveux spécialement riche, destiné avant tout au sphincter externe: c'est d'abord le nerf anal ou hémorroïdal, encore appelé sphinctérien moyen, qui naît des troisième et quatrième paires sacrées, tantôt en tant que tronc distinct, tantôt comme branche de division du nerf honteux interne: se détachant près de l'épine sciatique, il se porte vers l'anus et le sphincter, à travers le creux ischio-rectal. Ce sont ensuite les nerfs sphinctériens postérieurs, constitués par quelques filets émanés du honteux interne, qui abordent le sphincter d'avant en arrière. Enfin, ce sont les filets sphinctériens postérieurs, constitués par le nerf sphinctérien accessoire de Morestin, lequel, naissant de la quatrième paire sacrée, descend sur la face antérieure du sacrum et du coccyx, passe sous le nerf ischio-coccygien, puis entre celui-ci et le releveur, pour aborder superficiellement la partie postérieure du spinchter.

Ce seront donc les deux seuls filets sphinctériens antérieurs, simples rameaux supplémentaires émanés du

nerf honteux interne, qui seront susceptibles de souffrir quelque dommage du fait de notre voie d'accès antérieure; or des trois sources nerveuses, destinées au sphincter, c'est la moins importante; nous en concluons qu'au point de vue des nerfs à respecter, tout aussi bien qu'au point de vue des vaisseaux, la voie antérieure n'est nullement à incriminer.

Si nous avons insisté de la sorte sur l'innervation du sphincter, c'est que nous sommes persuadé qu'au point de vue de la conservation des fonctions continentes, le fait de garder intacts les nerfs nourriciers de ce muscle importe plus que la section même de ses fibres constituantes. Nous reviendrons sur cette question dans l'un des chapitres suivants, au sujet d'une objection que le procédé de Braquehaye a pu soulever.

Nous croyons avoir suffisamment prouvé l'inanité de la crainte que pourrait inspirer la voie antérieure nécessairement choisie pour l'application du procédé. L'opération de Braquehaye, au point de vue anatomique, n'est donc pas dangereuse. Nous établirons donc maintenant, sans nous écarter de ce même point de vue, les gros avantages qu'elle réalise.

Rien n'est changé ni à la situation, ni à la direction du rectum ainsi restauré qui conserve, ou dans certains cas retrouve ses deux courbures antéro-postérieures et ses sinuosités latérales.

Ces heureux résultats sont le fait de la bonne constitution de la paroi reformée aux dépens des tissus employés par l'autoplastie : c'est l'excellence du choix de « la matière dont on fait les lambeaux », ainsi que dit

le professeur Farabeuf, que nous allons maintenant nous appliquer à démontrer.

La peau des bourses et la muqueuse du vagin sont en effet particulièrement aptes à jouer le rôle d'une paroi rectale.

Le scrotum est une peau fine, demi-transparente, souple et éminemment extensible ; suffisamment libéré le lambeau scrotal se laissera entraîner aussi loin et aussi haut dans le rectum que le voudra l'opérateur ; une fois en place, son extensibilité, son élasticité, sa contractilité même, dont l'étude de sa constitution anatomique nous donnera les raisons, en feront une paroi rectale plus que convenable. Cette peau est pigmentée, ce qui n'a aucun inconvénient : elle est recouverte de longs poils assez rares qui tomberont d'eux-mêmes rapidement, dès qu'elle se sera habituée à ses nouvelles fonctions.

Dans l'épiderme, la couche ornée est très amincie, il en est de même du corps muqueux de Malpighi.

Le derme est très riche en fibres élastiques. A sa face profonde existe une musculaire cutanée qui capitonne la peau ; c'est un véritable muscle intra-dermique.

Ces constatations purement anatomiques nous mettent donc en droit d'affirmer que la peau de cette région est parfaitement apte à remplacer une paroi intestinale, telle que la paroi rectale : elle est mince et souple à l'égal d'une muqueuse, qualités qu'elle doit au peu d'épaisseur de son épiderme et à la richesse en fibres élastiques de son derme ; de plus, son muscle intra-dermique la rend apte aux contractions et lui

fournit une vraie tunique musculaire, dont les fibres, qui ont une direction transversale, répondront à la tunique musculaire interne à fibres circulaires de la paroi rectale.

La vitalité de notre lambeau scrotal devenu paroi rectale, sera amplement assurée : de fait, la peau des bourses est abondamment vascularisée ; ses artères principales lui viennent des honteuses externes, branches de la fémorale. Au nombre de deux, une pour chaque côté, elles se distribuent de haut en bas, aux parties antéro-latérales et s'anastomosent entre elles, d'un côté à l'autre, avec les branches de la honteuse interne venues postérieurement par l'intermédiaire de la périnéale superficielle, et aussi avec le rameau funiculaire de l'épigastrique. Les nombreusss ramifications issues de ces deux troncs principaux et de leurs anastomoses, nourriront le lambeau par le large pédicule qui le relie en haut et en avant à la partie antérieure du scrotum.

Les tissus qui forment la paroi vaginale ne nous semblent pas présenter moins de qualités. Dense, la paroi vaginale, épaisse de 2 millimètres, possède cependant une grande extensibilité plus marquée encore dans la partie supérieure du conduit.

Trois tuniques constituantes : une externe, c'est la cellulo-fibreuse ou adventice composée comme son nom l'indique par du tissu cellulaire lâche dans les mailles duquel s'entre-croisent des fibres élastiques et remarquable aussi par la quantité de vaisseaux qu'elle contient: une moyenne ou musculaire qui, au cours du décollement pratiqué dans la colpopérinéorraphie,

reste souvent accolée à la muqueuse que le chirurgien croit avoir seule disséquée et réséquée. Au point de vue de l'opération autoplastique qui nous occupe, ce qui, ailleurs, constitue une faute opératoire, peut être ici d'une pratique avantageuse: notre lambeau muqueux doublé de sa tunique musculaire, aura des qualités de résistance beaucoup plus considérables, auxquelles il joindra celle d'être contractile: la couche musculaire comprend en effet des fibres lisses longitudinales et circulaires; ces fibres sont difficilement différenciables; les longitudinales paraissent plus nombreuses. Enfin, vient la tunique muqueuse, épaisse de 1 millimètre à 1 millimètre et 1/2, blanche ou rouge pâle, douée d'une résistance et d'une élasticité incomparables. Son épithélium épais est pavimenteux stratifié : le derme qui constitue la couche profonde, est formé d'un tissu conjonctif où s'entre-croisent de nombreuses fibres élastiques.

Notre maître conseille dans la dissection du lambeau vaginal de prendre la plus grande épaisseur possible de tissu: la cellulo-fibreuse même, si riche en vaisseaux, pourra être mise à contribution.

La vascularisation des tissus employés constitue en effet une question de première importance: sous ce rapport encore, notre lambeau vaginal ne laisse absolument rien à désirer. Les artères de multiples provenances s'anastomosent richement entre elles par des canaux transversaux et longitudinaux, et aussi avec les vaisseaux des organes voisins. Ces artères sont les vaginales supérieures qui viennent de l'utérine par la branche cervico-vaginale, constituant les rameaux les plus

importants; les vaginales moyennes émanées de la vaginale proprement dite ou mieux vésico-vaginale; enfin les vaginales inférieures nées d'une branche de l'hémorroïdale moyenne. Au milieu du riche réseau qui irrigue les différentes tuniques, on remarque dans la celluleuse un tronc plus important, situé sur la paroi postérieure supérieure : c'est l'artère azygos postérieure du vagin; à elle seule, cette branche importante, comprise dans l'épaisseur du pédicule de notre lambeau, assurerait la vascularisation de la nouvelle paroi rectale antérieure.

CHAPITRE IV

Valeur clinique du procédé

L'opération autoplastique de Braquehaye constitue avant tout une intervention d'une bénignité parfaite : en aucun moment la vie du malade ne peut être en danger, du moins du fait de l'acte chirurgical. Aucun des temps, en effet, bien réglés par la technique de notre maître, et bien conduits par l'adresse de l'opérateur, ne pourra donner lieu à une faute grave.

La colostomie préliminaire assurera une asepsie facile et sûre ; on ne craindra plus les terribles accidents de l'infection septique que déterminent le passage et le contact des matières ; les points de suture eux-mêmes en toute sécurité assureront une bonne réunion par première intention, condition essentielle d'un succès définitif.

Ce n'est pas le seul avantage de la colostomie : à elle encore nous devrons de voir le malade souvent affaibli, si cachectisé, quand il se confie à nos mains, revenir peu à peu à la santé et recouvrer chaque jour une part de ses forces anciennes ; en même temps que l'appétit

renaît, les douleurs et tous les accidents consécutifs à l'encombrement intestinal disparaissent.

De plus, le cours des matières ainsi dérivé ne vient plus s'ajouter à l'infection causale pour entretenir ou aggraver la fâcheuse rectite originelle ; le traitement institué, consistant en lavages et en pansements aseptiques de toute l'extrémité inférieure du conduit intestinal, agit victorieusement et jour par jour on suit les progrès réalisés ; l'écoulement sanieux diminue d'abord, puis se tarit, les ulcérations perdent leur aspect inflammatoire et se cicatrisent.

Même dans certains cas, on pourra voir le rétrécissement céder après la colostomie et grâce à des lavages aseptiques chauds, ainsi que le dit M. Brunswick (1). Ces guérisons peuvent se produire lorsqu'il existe des œdèmes inflammatoires ou un spasme causé par l'irritation rectale. Mais lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement fibreux, grave, on ne saurait espérer un tel résultat. Dans aucune de nos observations, nous n'avons vu se produire de régression plusieurs mois après la colostomie. C'est que les formations de tissus fibreux dans les rétrécissements graves, constituent un mode de cicatrisation définitif de tissus longtemps enflammés,

1. « Le traitement du rétrécissement blennorragique du rectum se résume donc en dilatation, lavages chauds, et, s'il y a lieu, dérivation des matières fécales par un anus iliaque pendant quelques mois. »

Dr Brunswick. Discussion du procédé de Braquehaye, XXe Congrès de Chirurg. Paris, 1907. Procès-verbaux. Mémoires et discussions, p. 347.

et la prolifération exagérée du tissu conjonctif producteur, correspond à un besoin de réaction évident, à un violent effort de défense. Il semble donc bien difficile d'admettre qu'un tel processus fibreux envahisseur vienne à régresser par la simple suppression de l'agent inflammatoire: La rectite est guérie, mais le rétrécissement reste.

Pour supprimer ce rétrécissement lui-même, c'est à la méthode de Braquehaye qu'il faut s'adresser: c'est de fait le seul procédé radical donnant une guérison définitive, parce qu'il remplace du tissu cicatriciel par du bon tissu bien souple et bien vivant. Pas de récidive, plus de bougies à passer par la suite, voilà les heureuses conséquences qui prouvent l'excellence du traitement.

CHAPITRE V

Objections faites au procédé. Réponse à ces objections.

On nous dira tout d'abord que le traitement complet avec un minimum de trois interventions, de quatre même pour la femme, pratiquées à plusieurs semaines d'intervalle, est long et peut rebuter un certain nombre de malades. En outre, il nécessite deux ou trois anesthésies générales.

De fait, le temps minimum exigé pour la guérison complète est de cinq à six mois, même si l'on trouve réunies les meilleures conditions. Mais il nous semble que la question de durée du traitement est de très petite importance, comparée à celle du résultat obtenu : il s'agit en effet d'une affection grave, très grave, pénible, douloureuse ; et à notre avis tout malade sérieusement touché par son infirmité, envisagera sans terreur la perspective de six mois d'hôpital, s'il est assuré de trouver au bout la guérison définitive. Dès les premiers jours qui suivront la colostomie, l'amélioration qui commencera à se faire jour donnera courage au patient,

et les progrès réalisés à chaque étape lui permettront d'attendre l'heureuse échéance.

Nous ne reviendrons pas sur le soi-disant danger qui résulterait de l'incision antérieure : nous croyons avoir suffisamment réfuté cette objection en discutant de la valeur anatomique du procédé.

On a dit aussi que chez l'homme une fois le lambeau scrotal attiré au delà de la partie supérieure du rétrécissement et fixé en ce point à la muqueuse rectale saine, les bourses suivant plus ou moins le mouvement en arrière, se trouvent fortement rejetées vers la région anale qu'elles peuvent même plus ou moins recouvrir au point d'être plus tard souillées par la défécation.

Cette disposition, que nous n'avons jamais observée à ce point, n'est évidemment que transitoire, et même très vite les testicules par leur propre poids se créent une nouvelle loge dans les bourses si extensibles, et la région reprend son aspect normal.

On a proposé de sectionner le lambeau quelques jours après l'opération autoplastique (1). A quoi bon? Ce serait encore une intervention en plus, intervention bien inutile, tant est souple cette peau des bourses. La seule condition importante quant au résultat, c'est que le lambeau ait été suffisamment libéré pour qu'il n'y ait pas traction, pour qu'il ne tiraille pas sur les sutures : le lambeau doit glisser et venir facilement au contact de la muqueuse à laquelle il sera suturé.

1. *Bulletin de la Société des Sciences de Tunis*, janvier 1905, p. 22, Dr Soria ; p. 34, Dr Rioblanc.

La question de la non intégrité du sphincter doit retenir davantage notre attention. En règle générale, on respectera le sphincter chaque fois que la chose sera possible et l'on ne consentira à son sacrifice, sacrifice momentané d'ailleurs, que lorsqu'on ne pourra faire autrement. Nous disons ce sacrifice momentané, car de fait, un sphincter incisé même complètement en un point donné se répare beaucoup mieux qu'on ne le croit d'ordinaire : au point de section se forme une cicatrice fibreuse, sur laquelle le reste de l'anneau musculaire vient prendre un point d'appui.

La réparation demande un certain temps ; mais peu à peu les fonctions continentes reparaissent jusqu'à retrouver leur intégrité.

Notre observation n° 2 établira l'exactitude de cette assertion. Ce qui importe avant tout, c'est que l'innervation du muscle soit respectée ; nous avons vu au chapitre « Valeur anatomique du procédé » que cette condition est réalisée par l'opération de Braquehaye.

Chez la femme, une autre objection se pose : la perforation de la cloison recto-vaginale, constituée par la boutonnière qui a laissé passer le lambeau, n'est-elle pas une source d'ennuis ?

Ici l'intégrité complète du sphincter compense en partie cet inconvénient.

De plus, la réparation, par oblitération de la fistule grâce à l'un des procédés que nous avons exposés, devra se faire toujours facilement si les tissus auxquels on s'adresse sont de bonne qualité. Toute la question est là : nous avons déjà insisté lors de la description de ce

temps opératoire, sur les difficultés que pouvait présenter l'obturation de la fistule, quand la cloison aux dépens de laquelle elle est formée a été elle-même envahie par le processus scléreux.

L'histoire des nombreuses tentatives effectuées dans ce sens, sur notre malade de l'observation 4, nous montrera que la tâche est parfois ardue.

Heureusement il n'en est ainsi que rarement, et nous sommes persuadé que dans la majorité des cas la fistule sera très aisément fermée.

Le procédé n'est pas applicable aux rétrécissements trop élevés, pour lesquels la voie anale serait forcément insuffisante, quelle que soit d'ailleurs la méthode employée : ceux-là sont justiciables d'une intervention par voie abdominale : l'entéro-anastomose semble être alors le procédé de choix.

CHAPITRE VI

Comparaison avec les autres procédés

Si nous avons indiqué le procédé de Braquehaye, comme étant le procédé de choix pour traiter et guérir les rétrécissements cicatriciels et inflammatoires du rectum, c'est que d'abord il semble s'imposer, tant par sa double valeur anatomique et clinique que par les résultats qu'il a donnés; c'est ensuite que tous les autres moyens thérapeutiques antérieurement adoptés lui sont de beaucoup inférieurs.

On essaya d'abord de traiter ces rétrécissements du rectum, comme les affections similaires de l'urètre : la dilatation a été et est encore très employée, elle est brusque ou lente. La dilatation brusque a donné de si mauvais résultats qu'elle est considérée comme condamnable et justement abandonnée. La dilatation lente pratiquée avec les bougies d'Hégar ou de Crédé peut convenir aux rétrécissements très peu serrés ; elle a surtout pour but d'entretenir le calibre du conduit. Dans les rétrécissements un tant soit peu serrés, elle risque

de faire plus de mal que de bien : elle augmente l'inflammation, même conduite avec douceur : elle peut déterminer des douleurs atroces et des crises hystériques, parfois de la rétention d'urine ; enfin elle a pu être le point de départ d'accidents mortels par perforation du rectum (1).

Le plus que puissent faire les bougies, c'est de soulager, mais elles ne guérissent pas. Tel était l'avis de Dupuytren, qui reste aujourd'hui celui de presque de tous les auteurs.

Nous ne parlerons pas des cautérisations, méthode si malfaisante, ni de l'électrolyse qui ne paraît pas devoir entrer dans la pratique.

Nous en viendrons de suite aux opérations sanglantes, en commençant par les non autoplastiques.

La rectotomie interne a joui dans un temps d'une certaine vogue : Stafford, Bawkins, Amussat, Rigaud, etc., y eurent recours. Mais les accidents septiques qu'elle déterminait ne tardèrent pas à la faire abandonner.

Elle se fait encore cependant, comme opération préliminaire à la dilatation, réduite à de petits débridements faits au bistouri boutonné, ou avec l'appareil spécial imaginé à cet effet par Tillaux. Là encore, malgré le peu de profondeur et d'étendue des incisions, les complications infectieuses ne sont pas rares.

La rectotomie externe réalisa un sensible progrès :

1. Cas rapportés par Curling, John Deaver, Morton, Georges P. Biggs, cités par Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*. T. I, p. 311.

pratiquée pour la première fois par Humphry (1) de Cambridge, elle fut employée en France par Nélaton et Panas. Ce fut surtout le professeur Verneuil qui prit en main la défense de cette méthode, beaucoup moins prônée aujourd'hui. La rectotomie externe se fait en principe sur la ligne médiane postérieure ; c'est le point d'élection. Mais s'il existe des fistules remontant au-dessus de la sténose, elle se fait alors au lieu de nécessité. Les « résultats merveilleux » annoncés par Verneuil, semblent aujourd'hui beaucoup moins brillants. Les recherches de Lachowsky (2), portant sur 32 observations, donnent les chiffres suivants : 3 morts presque immédiates d'érysipèle, 4 morts de 5 à 4 ans, soit de cachexie, soit de phtisie, 21 récidives dont 9 constatées pendant la première année (une dès le neuvième jour), 4 pendant la seconde année, 3 malades perdus de vue, 1 seulement est noté guéri. La lecture des observations montre de plus que presque tous les malades ont continué à suppurer et que beaucoup ont conservé pendant des mois de l'incontinence des matières.

La colostomie simple constitue certes le meilleur des palliatifs, mais ce n'est qu'un palliatif ; les malades ainsi traités relèvent leur état général ; avec des soins

1. Humphry (G.-M.). Three cases of the stricture of the rectum, treaded by incision. *Association medical Journal*, London, 1856, p. 21.

2. Lachowsky (Albert). Résultats immédiats et éloignés des divers modes de traitement du rétrécissement du rectum. Thèse de Paris, 1894-1895.

locaux, ils guérissent même leur rectite, mais leur rétrécissement ne cède pas, et forcés de garder leur anus iliaque, ces malades restent des infirmes.

S'il existait vraiment un rétrécissement spasmodique pur, la dérivation du cours des matières supprimant l'inflammation cause du spasme, pourrait à elle seule amener la guérison ; mais nous avons déjà vu le rôle exact qui doit revenir au spasme, survenant à simple titre de complication sur un rétrécissement organique.

Pratiquée par Glæser 1864, puis par Lowson en 1877, l'extirpation ne prit guère droit de cité en France que vers 1891 : ce fut dès le début un véritable triomphe : « J'admets, disait alors M. Richelot, que la dilatation, « que les résultats de la rectotomie postérieure sont « précaires, et que le traitement de choix est l'ablation « pure et simple des tissus indurés et rétractiles. » Mais l'expérience cruelle vint rapidement démontrer l'insuffisance de la nouvelle méthode : « Supprimant le rétrécissement, l'extirpation devait assurer la guérison du malade. Lorsqu'on cherche ce que deviennent les opérés, on voit que malheureusement il n'en est pas ainsi, que la cure par l'extirpation n'est rien moins que radicale, et que *dans l'immense majorité des cas, le rétrécissement récidive* (1). » De plus, l'intervention par elle-même est grave, donnant une mortalité de 11,43 °/₀.

Nous avons déjà dit un mot de l'entéro-anastomose que l'on peut, bien que ce procédé n'ait guère été pratiqué jusqu'ici, considérer comme la méthode de choix pour

1. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*. T. I, p. 324.

les rétrécissements siégeant très haut. Est-il besoin de dire qu'elle ne saurait concerner ceux qui nous occupent spécialement.

Les résultats peu encourageants des diverses méthodes que nous venons d'énumérer, incitèrent les chirurgiens à chercher dans de nouvelles voies la solution du problème demeuré insoluble : ainsi naquirent les premiers essais autoplastiques tentés par Péan d'abord, puis par M. Schwartz. Voici la technique de Péan, telle qu'elle est exposée par son auteur lui-même :

« On incise d'un seul coup, sur la ligne médiane et « en arrière, le rectum, la peau de la région ano-coccy- « gienne et les tissus interposés. Au rectum l'incision « doit intéresser : les tuniques intestinales, sous-jacentes « au rétrécissement, le rétrécissement et la portion d'in- « testin sus-jacente à ce même rétrécissement, dans une « hauteur de 2 à 3 centimètres. Cette dernière partie « de l'incision devra être d'autant plus longue que le « rétrécissement sera plus serré. Quant à la longueur « de la plaie cutanée, elle doit être sensiblement égale « à la longueur de la plaie muqueuse...

« L'incision faite, on se trouve en présence d'une sur- « face cruentée, ayant la forme d'un losange, dont les « côtés antéro-supérieurs sont formés par les lèvres de « l'incision rectale, et les côtés inféro-postérieurs par « les lèvres de l'incision cutanée. L'aire de ce losange « comprend les tissus de la région (muscles et tissus « cellulaires divisés par le bistouri).

« Cela fait... on saisit avec une pince, à l'angle su- « périeur du losange dont il vient d'être question, autre-

« ment dit sur le point culminant de l'incision rectale, « les tuniques de l'intestin ; on les abaisse et on les « traverse avec une aiguille munie d'un crin de Flo- « rence. Cette même aiguille traverse également l'angle « inférieur ou cutané de la plaie (1) ».

En somme, suture transversale consécutive à une incision longitudinale, amenant la ligne d'incision muqueuse au contact de la ligne d'incision cutanée.

L'auteur de ce procédé reconnaît lui-même que l'abaissement est parfois rendu difficile, de par les modifications produites au voisinage du rétrécissement, et que ce temps de l'opération nécessite souvent une dissection minutieuse, destinée à libérer les tuniques intestinales et à permettre leur glissement.

Dans les cas très étendus, Péan conseille de pratiquer sur la paroi rectale antérieure une rectotomie analogue.

Ce procédé ingénieux peut donner quelques résultats, mais dans les seuls cas où le rétrécissement assez superficiel permet la mobilisation des parois rectales. De plus, la méthode ne comprenant aucune excision des tissus scléreux sous-jacents à la muqueuse, expose forcément à la récidive.

M. Jacquinot (2) a publié dans sa thèse quatre observations sans résultats éloignés, par là même insuffisantes pour faire juger définitivement la méthode.

L'opération de M. Schwartz n'est pas à vraiment par-

1. *Bulletin médical*, 1889, p. 1387.
2. Jacquinot. Thèse de Paris.

ler une opération autoplastique : c'est une rectoplastie, analogue à la pyloroplastie pratiquée pour les rétrécissements annulaires cicatriciels du pylore. L'opérateur fait une rectotomie externe par voie externe, par voie postérieure : il sectionne le rétrécissement et fend la paroi rectale de haut en bas pour la suturer ensuite transversalement. Une observation datant de trois ans permet de considérer la malade opérée par ce procédé comme guérie.

Mais il est logique de se demander, si, ici, de même que pour l'opération de Péan, un rétrécissement bien profond et très étendu permettrait aux parois rectales de venir en contact les unes avec les autres.

CHAPITRE VII

Observations

Observation I

Due à l'obligeance du professeur Braquehaye.

La première observation est celle d'une femme, Mme B..., de Sfax, qui vint me consulter à la fin de 1899 pour un rétrécissement inflammatoire du rectum, avec fistule recto-vaginale et de la marge de l'anus. Le rétrécissement assez serré (il n'admettait pas le petit doigt) commençait à 4 centimètres environ de l'anus, et mesurait de 3 à 4 centimètres d'étendue. Des essais de dilatation n'avaient produit aucun résultat.

L'état général était mauvais, les selles rares et pénibles n'avaient lieu qu'après des purges et des lavements, et s'accompagnaient de glaires, de pus et de sang.

Je conseillai une opération qui fut acceptée. Après avoir débridé la fistule de la marge de l'anus par la méthode classique, je pratiquai, avec l'aide du Dr Motheau, l'opération par mon procédé, appliquée à la femme, ou du moins je fis le second temps seulement, car je ne pratiquai pas auparavant l'anus iliaque, et par suite je n'eus pas à l'occlure plus tard. J'eus d'ailleurs

à m'en repentir, car dès le sixième jour mes sutures rectales lâchaient et une partie du lambeau se sphacélait. Après un mois environ, la plaie était guérie et ma malade partait en convalescence, ayant des selles régulières, presque normales. Mais comme je craignais une récidive, je conseillai à la malade de passer chaque semaine une grosse bougie rectale.

J'ai eu chaque année des nouvelles de cette malade et je l'ai revue en février dernier. Elle continue encore à passer des bougies rectales chaque semaine. Grâce à des lavements fréquents et à un régime laxatif, elle arrive à vider assez régulièrement son rectum. Mais dès qu'elle est constipée, les selles deviennent très difficiles.

Néanmoins, il y a une amélioration manifeste ; le rectum admet le pouce, mais manque de souplesse au niveau du rétrécissement.

L'état général est bon et la malade qui était venue me voir en 1899 avec des idées de suicide, refuse une nouvelle intervention, sous prétexte qu'avec quelques soins, la vie est actuellement très supportable.

En résumé : insuccès partiel dû à ce que la greffe avait été faite sans dériver, avant, le cours des matières par un anus iliaque.

Observation II

Due à l'obligeance du professeur Braquehaye.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de 19 ans qui se livrait à la pédérastie depuis l'âge de 14 ans. Quelques mois avant son entrée à l'hôpital, il eut une rectite blennorragique, mais ne se soigna pas.

Il m'est adressé en juillet 1904, avec le diagnostic : hémorroïdes. L'état général est très mauvais. Le malade est cachectique,

émacié et anémié au dernier point. Il souffre horriblement à chaque selle et perd du sang, souvent abondamment. Les matières sont minces, rubannées, cannelées et glaireuses. L'examen local montre un rétrécissement très serré, en virole, qui mesure 14 centimètres. Il commence très près de l'anus et admet à peine une bougie d'Hégar, n° 10. Cette exploration est très douloureuse et provoque une petite hémorragie, bien qu'elle ait été faite d'une façon très prudente.

Je pratiquai chez ce malade l'opération telle que je l'ai décrite, en trois temps. C'est lui qui présenta, avant l'occlusion de l'anus iliaque, la bride fibreuse postérieure que j'ai signalée précédemment, bride pour laquelle je fis autoplastie en me servant d'un bourrelet hémorroïdaire qui se trouvait à la partie postérieure de l'anus.

Le 14 décembre 1904, je présentai le malade guéri à la *Société des Sciences Médicales* de Tunis.

Depuis il n'a jamais passé de sondes ; il a vécu de la vie commune, gagnant sa vie comme fonctionnaire, sans que personne se doute de l'opération qu'il avait subie. Ses matières sont de grosseur normale, bien moulées, et il n'existe pas d'incontinence. Il est vrai que si les selles sont liquides, un jour de purge, par exemple, il ne saurait garder longtemps ses matières, mais il peut les garder pendant quelques minutes, c'est-à-dire pendant assez de temps pour aller aux cabinets. Il garde un lavement de 500 grammes facilement pendant trois minutes et le rend au commandement.

J'ai revu le malade il y a quelques jours (1) et le résultat

1. Les trois observations, nos 1, 2 et 3 étaient publiées par M. Braquehaye en 1907, lors du XXe Congrès français de Chirurgie tenu à Paris.

s'est maintenu pendant près de trois ans (son autoplastie date du 11 novembre 1904), sans soins, ni dilatation d'aucune sorte. Je suis en droit de le considérer comme guéri.

Observation III

Due à l'obligeance du professeur Braquehaye.

Le troisième malade était un homme, âgé de 28 ans. Il avait été soigné en 1896 à l'hôpital Saint-Louis (de Tunis) pour hémorroïdes; en 1902, il entre à l'hôpital de Guelma avec le même diagnostic ; il en sort guéri après une simple dilatation sous le chloroforme. En septembre 1904, à la suite d'habitudes de pédérastie passive, il a une rectite intense avec ténesme, selles fréquentes très douloureuses, écoulements par l'anus d'un pus abondant et verdâtre (blennorragie probable). Peu à peu la rectite se calme, mais les selles reviennent rubannées, rares et difficiles. Au commencement de juin 1905, il entre dans mon service avec une fistule anale. L'exploration fait voir qu'au dessus de celle-ci il existe un rétrécissement fibreux très serré du calibre d'un crayon. A cette époque, le malade ne va plus à la selle qu'avec des lavements.

Le 14 juin, j'opère la fistule ; le 28 juin, je fais l'anus iliaque et le 8 novembre, à mon retour de vacances, je pratique la greffe scrotale, telle que je l'ai décrite. Le 13 décembre, je présentai le malade à la *Société des Sciences Médicales* de Tunis. Il avait encore son anus iliaque, mais celui-ci tendait depuis quelques jours vers la guérison spontanée et ses matières commençaient à passer par en bas.

Dans le courant de janvier, je proposai au malade l'occlusion de sa fistule stercorale, mais il refusa, car le pansement qu'il y

plaçait chaque jour était à peine souillé d'un peu de mucus roussâtre et la totalité des selles passaient par l'anus normal, sans incontinence et sous forme de matières bien moulées. Peu après il quittait l'hôpital avec sa fistule et sans avoir passé de bougie rectale.

Je perdis mon malade de vue jusqu'en janvier dernier (1). A cette époque je reçus une lettre d'un avocat de Constantine, m'annonçant que mon opéré, faisant une période de vingt-huit jours, était en prévention de conseil de guerre ; il me demandait si l'opération qu'il avait subie n'atténuait pas sa responsabilité. J'en conclus que la guérison s'était maintenue après plus d'un an, car le malade n'aurait pas manqué de se faire réformer si son infirmité avait persisté.

Observation IV (*personnelle*).

Mme A. L..., originaire de Roumanie, demeurant à Massicault près Tunis, entre à l'hôpital civil français, dans le service de médecine du Dr A. Porot, en mars 1908, pour gastrite.

En examinant la malade, l'on découvre une déchirure importante de la cloison recto-vaginale, et la malade est passée en chirurgie dans le service de notre maître le professeur Braquehaye, le 12 avril de la même année.

La malade, dont les antécédents prouvent une bonne santé habituelle, accoucha normalement d'un enfant à terme en 1896 ; l'enfant mourut en nourrice à l'âge de 14 mois. L'année suivante, on note un accouchement prématuré à huit mois ; l'enfant mourut au bout de huit jours. Ces accouchements ne

1 Voir note 1 de la page 69.

nécessitèrent aucune intervention, et le travail ne fut pas spécialement pénible.

Trois ans plus tard, en 1900, Mme L..., qui depuis son premier accouchement avait des pertes blanches, s'aperçut de la présence d'un abcès siégeant sur la grande lèvre gauche : bartholinite aiguë sans doute qui s'ouvrit spontanément. Un médecin consulté à Roustchouk (Bulgarie), pratiqua une cautérisation profonde au nitrate d'argent. La fistule ne se ferma cependant pas, elle sembla même s'étendre, si bien que peu après, la malade s'aperçut que des matières fécales faisaient issue par le vagin. En même temps elle éprouvait une certaine difficulté pour aller à la selle, le passage du bol fécal amenait des douleurs assez vives.

La malade, qui sur ces entrefaites avait changé de résidence et habitait l'Égypte, entre à la fin de 1903, à l'hôpital français d'Alexandrie. Là, dès son arrivée, elle subit une opération : en quoi consista cette intervention ? Nous n'avons malheureusement pas pu le savoir ; et la malade même qui cependant ne fut pas anesthésiée, ne peut à ce sujet nous fournir aucun renseignement. Toujours est-il qu'à sa sortie de l'hôpital, Mme L... va beaucoup plus facilement à la selle, mais elle a gardé sa fistule recto-vaginale.

Ce ne fut que cinq ans plus tard qu'elle fut adressée à l'hôpital civil français de Tunis. A ce moment, les selles s'effectuaient assez facilement et sans douleur ; il n'y avait aucun écoulement par le rectum. Cependant les matières étaient nettement rubannées. Voici quel était l'état local tel qu'il fut noté, au premier examen de notre maître :

« La cloison recto-vaginale est déchirée complètement sur une « hauteur de 2 centimètres environ. A ce niveau, il existe un

« lambeau de muqueuse passant en travers comme un pont à « trois arches : la première, située à droite de la malade, est « plus large, et va du bord vulvaire droit jusqu'un peu au delà « de la ligne médiane ; les deux autres plus petites vont de la « précédente au bord gauche. Du côté du vagin, la muqueuse « est souple, mais du côté du rectum toute la face antérieure « est dure et fibreuse, et se termine, à 3 ou 4 centimètres au- « dessus du bord qui sépare le vagin du rectum, par une valvule « nettement fibreuse formant un rétrécissement qui admet la « pulpe de l'index. Au-dessus, la muqueuse rectale est souple « et l'on ne sent pas d'induration. »

La pathogénie de ce rétrécissement est intéressante à établir : nous nous trouvons en présence d'un rétrécissement purement cicatriciel, d'origine péri-rectale ou fistuleuse semblant reconnaître pour cause une infection vaginale, et plus que celle-ci peut-être des traitements chirurgicaux.

Le 23 avril 1908, on pratiqua le premier temps de l'anus iliaque, méthode de Maydl : l'anse sigmoïde à sa partie supérieure est extériorisée. Le 30, soit sept jours après, on ouvre l'anse au thermocautère.

Le rétrécissement purement cicatriciel permit de réaliser rapidement l'asepsie du rectum, et dès le 15 mai, on procéda à l'opération autoplastique de Braquehaye. La déchirure de la cloison servit de boutonnière naturelle pour passer le lambeau dans le rectum ; il eût été préférable d'avoir à en créer une, qui se fût certes mieux réparée. Pour refermer cette brèche ancienne irrégulière, dont les contours en se cicatrisant s'étaient laissés envahir par des formations fibreuses, on se heurta à de très sérieuses difficultés.

Du côté du rétrécissement, les suites opératoires furent par-

faites : pas un point ne se désunit, les points furent enlevés le dixième jour. Avant peu le rectum devait être prêt à servir. Malheureusement le rétablissement de la cloison resta plus pénible.

Le 5 juin, une première tentative de réunion fut faite ; on supprima les deux piliers formant les arches du pont, par simple section, on aviva largement le pourtour de la perte de substance et l'on réunit par des points au fil d'argent. Le vagin, après cette intervention, se trouvait singulièrement rétréci.

Les fils coupèrent les tissus et la fistule persista.

Le 23 juillet, nouvelle intervention : M. Braquehaye pensa obtenir un meilleur résultat en employant le procédé qu'il a créé pour la cure des fistules vésico-vaginales (1).

La mauvaise qualité des tissus constituants ne permit pas d'obtenir encore le résultat espéré. Cependant l'orifice de communication sembla manifestement se rétrécir.

Une troisième tentative d'obturation eut lieu le 12 septembre : on procéda à un dédoublement avec suture sur deux plans; de plus un fil d'argent circulaire, passé avec une aiguille très courbe, enserrait à distance le pourtour de l'ancien orifice de façon à aider à la coaptation des tissus et empêcher tout tiraillement.

Le résultat ne fut encore pas celui que l'on recherchait. La malade sortit bien portante, avec un rectum en parfait état, mais qui ne pouvait encore lui servir à rien : on avait conservé l'anus iliaque dans l'espoir de pouvoir un jour, fermer la fâcheuse fistule.

Nous ne retrouvons notre opérée qu'un an plus tard; on pensait que pendant ce long temps de repos, les tissus forcément

1. Voir note 1 de la page 38, thèse de Peyrecave.

épuisés par ces opérations successives, auraient pu retrouver une nouvelle vigueur.

A l'examen, on constata du côté du rectum, qu'il s'était formé une bride fibreuse aux dépens de la paroi postérieure, paroi qui n'avait pas été touchée par l'envahissement cicatriciel lorsque la malade entra pour la première fois dans le service.

La fistule recto-vaginale avait changé d'aspect : au lieu d'un seul orifice, il en existe deux, l'un plus petit, du diamètre d'un demi-centimètre environ, au pied de la petite lèvre droite, l'autre d'un bon centimètre à un centimètre et demi de diamètre, situé sur la ligne médiane et séparé du précédent par un pont fibreux.

Une nouvelle opération est faite le 17 décembre 1909. On s'attaque à la petite bride rectale cicatricielle dont nous mentionnions tout à l'heure la présence. De ce côté l'intervention fut très simple : la bride peu serrée était constituée au dépens de la seule muqueuse sur la paroi postérieure. On l'excise ; de suite le calibre redevient normal, et quelques points aux crins assurent la réunion. Les tissus environnants sont parfaitement souples et en excellent état.

Venant ensuite au conduit vaginal, l'on tente l'oblitération des deux orifices de communication par un dédoublement fait séparément pour chaque orifice.

Deux jours après, au premier pansement, l'aspect était excellent et nous avions bon espoir ; malheureusement, quelques jours plus tard, on vit à nouveau les lèvres de chacune des deux petites plaies se séparer, coupées par les fils.

Du côté du rectum, les points placés au niveau de la bride excisée, furent enlevés au dixième jour : la réunion était parfaite.

On laisse quelque répit à l'opérée, et le 27 octobre on s'attaque une fois encore à la double fistule : on sectionne d'abord le pont fibreux, transformant ainsi les deux orifices en un seul, puis on fait l'opération déjà décrite (1), en empruntant par autoplastie à la muqueuse de la lèvre droite, un lambeau destiné à faire plan profond ; la muqueuse suturée par-dessus constitue le plan superficiel.

Les fils menaçant encore de couper, on dut les enlever prématurément au septième jour. La réunion ne fut pas parfaite, mais marqua une sensible amélioration: la cloison n'est plus ouverte que sur la ligne médiane et le vagin ne communique plus avec le rectum que par un orifice d'un diamètre beaucoup moindre. Au niveau de l'ancienne fistulette externe, au pied de la lèvre droite, l'obturation est réalisée.

Une cause d'échec, autre que la mauvaise qualité des tissus que nous avons déjà incriminée, a pu être constituée par l'écoulement assez considérable de pertes blanches, source d'infection ou tout au moins bon milieu de culture pour les bacilles pyogènes, en tout cas mauvaise condition pour effectuer une réunion déjà difficile.

Tel est l'état actuel de la malade, dont le traitement se poursuit à l'hôpital civil français de Tunis dans le service de notre maître le professeur Braquehaye. Nous espérons fermement arriver à rétablir une cloison parfaite ; les progrès sont déjà sensibles. Alors l'anus iliaque sera fermé et le cours normal des matières rétabli, empruntant à nouveau la voie rectale, depuis longtemps parfaitement restaurée.

En tout cas, ce résultat imparfait ou du moins incomplet,

1. Voir page 38, « enfin si les tissus... »

ne saurait être invoqué pour restreindre la valeur du procédé: le rétrécissement lui-même est absolument guéri. De plus, la perforation recto-vaginale qui a toujours constitué le seul obstacle à la guérison définitive était bien antérieure à l'intervention autoplastique; la description qui en a été faite d'après l'état local noté au premier jour où la malade entra dans le service, montre bien qu'une telle perforation ancienne, aux bords anfractueux, irréguliers, n'offre aucun point de ressemblance avec la petite boutonnière correcte et propre, telle qu'elle doit être pratiquée sur une cloison indemne: dans ce dernier cas, la réparation est des plus simples, comme il est établi par notre observation n° 1.

CONCLUSIONS

En présence des mauvais résultats que donnent les divers procédés opératoires employés pour les rétrécissements cicatriciels et inflammatoires du rectum, la méthode que nous venons de décrire nous semble inconstetablement supérieure.

Au point de vue anatomique, elle ne lèse aucun organe important, les tissus qu'elle emploie se rapprochent par leur constitution anatomique de celle de la paroi rectale normale. La vitalité des lambeaux est largement assurée par une abondante vascularisation.

Au point de vue clinique, elle assure au malade une guérison complète même avec continence des matières et sans récidive après plusieurs années, sans qu'il soit nécessaire de maintenir le calibre par la dilatation.

La guérison, il est vrai, est longue à obtenir et néces-

site plusieurs interventions sucessives. C'est là le seul reproche sérieux qu'on puisse lui faire, mais il n'a que peu de valeur si l'on considère la gravité de la lésion, et le peu de chances de guérison que peuvent faire espérer les autres méthodes.

Vu : le Président de thèse
PIERRE DELBET

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction. — Limitation du sujet 11

Chapitre I. — Classification étiologique et anatomo-pathologique des rétrécissements cicatriciels et inflammatoires du rectum 15

Chapitre II. — Procédé de Braquehaye. Cure radicale des rétrécissements du rectum par autoplastie scrotale ou vaginale 26

Chapitre III. — Valeur anatomique du procédé. . . . 41

Chapitre IV. — Valeur clinique du procédé. 53

Chapitre V. — Objections faites au procédé. Réponse à ces objections. 56

Chapitre VI. — Comparaisons avec les autres procédés. 60

Chapitre VII. — Observations 67

Conclusions. 78

A. MALOINE, éditeur, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, Paris.